INSTITUTO LATINO-AMERICANO DE
CIÊNCIAS DA VIDA E DA
NATUREZA (ILACVN)

CURSO DE MEDICINA

INTERNATO EM URGÊNCIA E EMERGÊNCIA NO SUS

RELATÓRIO FINAL

ANNELISE BECKER SILVA

Foz do Iguaçu
2021

INSTITUTO LATINO-AMERICANO DE CIÊNCIAS DA VIDA E DA NATUREZA (ILACVN)

CURSO DE MEDICINA

INTERNATO EM URGÊNCIA E EMERGÊNCIA NO SUS

RELATÓRIO FINAL

ANNELISE BECKER SILVA

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado aoInstituto Latino-Americano de Ciências da Vida e da Natureza da Universidade Federal da IntegraçãoLatino- Americana, como requisito parcial àobtenção do título de Bacharel em Medicina.

Orientador: Profa. Msc. Flávia Julyana Pina Trench.

Foz do Iguaçu
2021

SILVA, A. B. **Internato em Urgência e Emergência no SUS:** Relatório final, 2020, p. 41. (Graduação em Medicina) - Universidade Federal da Integração Latino-Americana, Foz do Iguaçú, 2020.

RESUMO

Relatório de atividades desenvolvidas em estágio curricular obrigatório supervisionado em urgência e emergência no Sistema Único de Saúde. As atividades foram desenvolvidas de acordo com os regimentos normativos da Universidade Federal da Integração Latino-Americana em consonância com a Lei n. 11.788/2008 (Lei do estágio). As UPA's João Samek e Dr. Walter Cavalcante Barbosa e o Hospital Municipal de Foz do Iguaçú-Pr foram os cenários de prática para o estágio, que teve início no mês de julho de 2020 e término no final de outubro do mesmo ano. Foram realizadas atividades em conjunto com as equipes multidisciplinares e em regime de escalas de plantão de 6h ou de 12h. O internato de medicina em urgência e emergência do SUS, durante as ações estratégicas no enfrentamento ao combate à pandemia COVID-19, possibilitou o contato direto com condições clínicas leves, moderadas e graves e com o restabelecimento do quadro clínico, recuperação e alta-hospitalar.

Palavras-chave: urgência, emergência, internato, estágio, medicina, pandemia.

SILVA, A. B. **Urgent and emergency intership in SUS:** Final report, 2020, p. 41. (University graduate medicine) - Federal University of Latin american Integration, Foz do Iguaçú, 2020.

ABSTRACT

Report of activities carried out in a mandatory supervised curricular internship in urgency and emergency in the Unified Health System. The activities were carried out in accordance with the normative regulations of the Federal University of Latin American Integration in accordance with Law no. 11788/2008 (Internship Law). The UPA's João Samek and Dr. Walter Cavalcante Barbosa and the Municipal Hospital of Foz do Iguaçu-Pr were the practice scenarios for the internship, which began in July 2020 and ended at the end of October of the same year. Activities were carried out in conjunction with the multidisciplinary teams and on a shift schedule of 6 hours or 12 hours. The SUS emergency medicine internship, during strategic actions to combat the COVID-19 pandemic, allowed direct contact with mild, moderate and severe clinical conditions and with the reestablishment of the clinical condition, recovery and hospital discharge.

Keywords: urgency, emergency, internship, internship, medicine, pandemic.

ANNELISE BECKER SILVA

INTERNATO EM URGÊNCIA E EMERGÊNCIA NO SUS

RELATÓRIO FINAL

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado aoInstituto Latino-Americano de Americano de Ciências da Vida e da Natureza da Universidade Federal da IntegraçãoLatino-Americana, como requisito parcial à obtenção do título de Bacharel em Medicina.

BANCA EXAMINADORA

_____

Orientadora: Profa. Msc. Flávia Julyana Pina Trench
UNILA

_____

Prof. Esp. Bruno Costa Sicuro de Moraes
UNILA

_____

Profa. Esp. Rosana Alvarez Callejas
UNILA

Foz do Iguaçu, 02 de junho de 2021.

AGRADECIMENTOS

À minha gratidão à professora Drª Flávia Julyana Pina Trench pela oportunidade em ofertar o módulo do Internato em Urgência e Emergência durante a pandemia do COVID-19 e por ser orientadora desse trabalho; ao Dr. Bruno Costa Sicuro de Moraes e a Dra. Rosana Alvarez Callejas pelos professores ímpares que foram e também por aceitarem participar do encerramento desse ciclo tão importante na minha vida!

À minha gratidão por ter feito parte do enfrentamento estratégico no combate ao coronavírus SARS-CoV-2, pelo programa O Brasil conta comigo;

À minha gratidão aos professores que, durante a minha trajetória serviram de exemplo, inspiração e me fizeram enxergar mais longe. Aos preceptores que, se dispuseram a ensinar; aos profissionais que, diaramente tornavam cada trabalho possível; à todos que fizeram parte dessa trajetória e contribuíram para a minha formação; à minha família - meu porto seguro - que se abdicou e lutou demasiadamente junto comigo para esse sonho tornar-se possível e ao meu grandioso D-us, que sem a minha fé e sua graça, nada disso eu teria alcançado.

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO 08
2. REDE DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA (RUE) DO SUS NO MUNICÍPIO DE FOZ DO IGUAÇÚ- PR 13
2.1 SERVIÇO INTEGRADO DE ATENDIMENTO AO TRAUMA EM EMERGÊNCIA (SIATE) 13
2.2 SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA (SAMU) 14
2.3 CENÁRIOS 14
2.3.1 UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO (UPA). 14
2.3.1 HOSPITAL MUNICIPAL PADRE GERMANO LAUCK (HMPGL). 16
2.3.2.1 Plantão Telefônico COVID-19 17
2.3.2.2 Triagem COVID-19 18
2.3.2.3 Pronto Socorro Geral (PS Geral) 20
2.3.2.4 Pronto Socorro Respiratório (PS Respiratório) 20
2.3.2.5 Unidade de Terapia de Doenças Infecciosas (UTDI) 21
2.3.2.6 Enfermaria COVID-19 21
2.3.2.7 Unidade de Terapia Intensiva COVID-19 (UTI COVID-19) 22
3. CONSIDERAÇÕES FINAIS 23
CASO CLÍNICO 25
REFERÊNCIAS 38

1. INTRODUÇÃO

O internato em Urgência e Emergência no Sistema Único de Saúde (SUS), do curso de Medicina da Universidade Federal da Integração Latino-Americana (UNILA), em Foz do Iguaçú-Pr, com início em 13/07/2020 e término em 23/10/2020, teve por objetivo descrever as atividades práticas realizadas no Hospital Municipal Padre Germano Lauck (HMPGL), nos cenários de enfrentamento à Pandemia COVID-19, através de ações estratégicas do programa O Brasil Conta Comigo conforme normas e exigências estabelecidas no Edital nº 4, de 31 de março de 2020, com atuações em plantões na central telefônica COVID-19; triagem COVID-19; pronto-socorro respiratório (PS Respiratório); Unidade de Terapia de Doenças Infecciosas (UTDI); Unidade de Terapia Intensiva para casos de COVID-19 (UTI COVID-19). Também foi campo de estágio do módulo de UE as Unidades de Pronto Atendimento (UPA João Samek e UPA Walter Cavalcante Barbosa) e o pronto-socorro do hospital, realizado em períodos matutino, vespertino e/ou noturno/madrugada, em regimes de 6h ou de 12h, conforme as escalas.

A contribuição se deu de acordo com a rotina de cada setor, na qual o acadêmico de medicina acompanhou e/ou executou as atividades orientadas pelo supervisor do plantão, normalmente médicos plantonistas e residentes, no trabalho com a equipe multidisciplinar - técnicos de enfermagem, enfermeiros, fisioterapeutas, nutricionistas, internos de medicina e estudantes de farmácia e enfermagem.

Durante esses meses, foi possível vivenciar situações como doenças agudas e crônico-agudizadas, dentro do contexto nos cenários pré-hospitalar e intra-hospitalar mencionados acima, utilizando de protocolos e diretrizes assistenciais para aplicabilidade de condutas para omanejo do paciente.

Para o tratamento de doenças agudas, o foco é ir além do manejo sintomático, com a prevenção e instrução ao paciente e a família sobre os cuidados básicos recomendados pelo Ministério da Saúde, como: usar máscara; higiene respiratória, como a lavagem frequente das mãos com água e sabão e/ou uso de álcool/em gel; cobrir a boca e o nariz com o cotovelo ou um lenço ao espirrar ou tossir; evitar o uso de objetos compartilhados; manter as janelas da casa abertas para deixar mais arejada e assim evitar a propagação de vírus, como também a exposição solar, para o fortalecimento da imunidade; não frequentar ambientes de aglomeração e com pessoas sintomáticas; manter o distanciamento social; aumentar a ingesta de água durante o dia;

fazer alimentação saudável e equilibrada, ainda, e orientamos sobre a importância do sono/repouso, como medidas que podem ser tão eficazes quanto complementares no cuidado a saúde.

Em parceria com o curso de medicina da Unila e da Vigilância Epidemiológica, atuamos na linha de frente através da implementação dos serviços com funcionamento 24h todos os dias, como o de triagem COVID-19, com enfoque na prestação de informações sobre sintomas e no direcionamento aos pacientes de onde buscar atendimento. Este pode ser realizadopor duas opções, de acordo com a preferência ou necessidade do paciente. Uma opção é o plantão 24h por via telefone, no qual disponibilizamos vários ramais de atendimento e/ou chatpor mensagens pelo whatsapp. Outra opção é por via presencial, diretamente na triagem do hospital municipal. Todos são realizados por profissionais que receberam capacitação para os atendimentos ao paciente, como internos de medicina, farmácia, enfermagem, serviço social, entre outros aptos à execução do serviço.

Para o trabalho técnico, utilizamos o programa Tasy, por meio do qual é realizado o cadastro dopaciente, preenchida a ficha de notificação do COVID-19 e um atestado sanitário junto com um termo de isolamento de 10 dias a partir da data do início dos primeiros sintomas, ficando apto para realizar o exame se já estiver no 3° ou até o 7° dia com sintomas, porque é nesse intervalo em que a carga viral está mais elevada, ou seja, em que se detecta a maior carga viral para a obtenção de um resultado fidedigno. Também utilizamos planilhas do excel para o agendamento de coletas de exames caso o paciente não esteja najanela/intervalo entre o 3° ao 7° dia de sintomas. Somando-se a isso, fornecemos um login (que é o mesmo número de atendimento) e uma senha, que são gerados após finalizado o cadastro mais o agendamento, para que o paciente possa acompanhar o resultado de seu exame no site site do hospital municipal. Todavia, quando o paciente têm dificuldade para acessar, a equipe pode o fazer somente após confirmações de informações pessoais.

Porém, orientamos os pacientes sobre buscar atendimento via telefone, o qual se dá agilidade no processo, pois, assim é fornecido o número do atendimento e com esse se pode chegardiretamente no posto de coleta, sem risco de exposição presencial na sala da triagem, aonde ficam vários pacientes aguardando com suas senhas serem chamados para o atendimento. Mesmo assim, a demanda da triagem presencial é grande.

Para sintomas leves a moderados, orientamos conforme descrito anteriorme e para o paciente permanecer em casa e usar sintomáticos como Dipirona ou Paracetamol se apresentar dor ou febre.

Em outras situações, tais como pacientes graves, com queixas respiratórias de falta de ar intensa ou aos pequenos esforços, orientamos ligar para o SAMU 192 e/ou ir diretamente à triagem respiratória do hospital municipal o mais breve possível. No caso de paciente que não pode se locomoverpor motivos especiais ou se é acamado, oferecemos transporte social e/ou o atendimento da telemedicina 24h diariamente, no qual o paciente passa por consulta médica telefônica e é guiado em suas dúvidas, bem como recebe sua receita medicamentosa via whatsapp ou email epedidos de exames quando necessário. Esse também é disponibilizado para os pacientes positivos para covid-19 que não estejam graves e que não necessitam de cuidados hospitalares,são acompanhados por médicos de forma remota. Já para os casos graves, porém, sem queixas respiratórias, o paciente é orientado a procurar diretamente à UPA João Samek ou o pronto-socorro geral doHMPGL.

Ao chegar na triagem, é realizada a coleta dos sinais vitais de todos os pacientes, e a aferição da temperatura, pressão arterial, auscultas pulmonar e cardíaca e oroscopia quando a queixa(s) é(são) específica(s). Após o preenchimento do cadastro, notificação paracovid-19, termo de isolamento mais o atestado sanitário, para quem entrou em contato por ligação, esses são encaminhados via whatsapp ou email e àqueles que procuram assistência presencial, recebem esses documentos impressos, exceto a notificação para covid-19, a qual fica a cargo do hospital para ser encaminhado à vigilância epidemiológica. O pedido de examepara pesquisade SARS-CoV-2 por RT-PCR deve ser apresentado no ato da coleta, o qual constao número de atendimento, que é o mesmo número do login e uma senha gerada no atendimento para o posterior acesso ao seu resultado de exame através do site www.hmpgl.com.br. O prazopara o resultado do exame ficar pronto pode variar, dependendo da demanda do Laboratório Municipal, pois o mesmo está atendendo toda a 9ª Regional de Saúde, assim como já aconteceu de ficar pronto em 2 até 7, 8 dias. Para tanto, o paciente é orientado sobre o período de isolamento, recebe seu termo de isolamento junto com o atestado para o cumprimento do mesmo, devendo-se assim permanecer até ficar pronto o diagnóstico.

Vale ressaltar o Art.268 do Código Penal, no que refere que a infração de determinação do Poder Público destinada a impedir a propagação de doença contagiosa, é crime.

Seguindo as atuais recomendações do Ministério da Saúde para evitar a transmissão comunitária do vírus, reforçamos aos pacientes que em caso de qualquer sintoma de síndrome gripal ou resfriado, como coriza, congestão nasal, tosse, dor de garganta e/ ou febre, deve-se permanecer em isolamento domiciliar por 10 dias, junto com os membros que moram na mesma casa, mesmo que não apresentem sintomas, a fim de evitar que pessoas com síndromes

gripais leves se contaminem com o vírus COVID-19. Quanto ao retorno as atividades, somente é possível após o resultado negativo para COVID-19 e desde que não apresente sintomas. Se resultado negativo, masna persistência de sintomas deve permanecer em isolamento até 48 horas depois da remissão dos mesmos, mantendo as medidas de prevenção como, distanciamento social, uso de máscaras e lavagem das mãos.

Contamos também com uma rede de apoio psicológico para o Covid-19 em Foz do Iguaçú, na qual o paciente pode entrar em contato no telefone (045) 2105 9003, das 7 às 18 horas, desegundas às sextas-feiras.

Contudo, como já mencionado anteriormente, para os casos de maior gravidade, como queixa de falta de ar aos pequenos esforços ou febre acompanhada ou não de descompensação de uma doença prévia, o paciente é examinado para a coleta de sinais vitais como, temperatura, saturação de oxigênio e frequência cardíaca, por meio de um oxímetro de pulso, por profissional que recebeu treinamento técnico para a execução e interpretação desses dados. Quando há queixas de pressão alta, a mesma é aferida, bem como se possui sintomas de tosse, dor torácica ou congestão nasal, é realizada a ausculta pulmonar; para queixas de dor torácica, subcostal ou dorsalgia, cardiopata ou não, é realizada as auscultas pulmonar e cardíaca, da mesma forma que se o paciente refere odinofagia, é examinada a orofaringe, tudo isso realizado no consultório médico da triagem pelo profissional que estiver de plantão.

São somente coletados na sala da triagem os sinais vitais, para a não exposição do paciente. Assim,o médico avalia a necessidade de internação ou não, se for preciso, o paciente fica em observação no leito do PS respiratório e lá é medicado e monitorizado. Caso o paciente não tenha realizado a coleta para SARS-CoV-2 no posto de coleta, é realizada uma coleta dentro doPS, o qual tem o prazo de até 72 horas para ficar pronto.

Os pacientes instáveis são admitidos diretamente no PS respiratório, onde são realizados os exames de admissão conforme protocolo (coleta para exame SARS-CoV-2, hemograma completo, glicose, sódio, potássio, ureia, creatinina, PCR, gasometria arterial, eletrocardiograma e por se tratar de infecção respiratória a radiografia ou tomografia computadorizada de tórax). Se for internar já solicita 2 hemoculturas e 1 urocultura. Enquanto aguardam o resultado do covid-19, são avaliados e medicados. Após o resultado do exame, se positivo para covid-19, o médico ou os internos de medicina auxiliares do mesmo, preenchem a Solicitação de Transferência Externa (SESA) paraa enfermaria COVID-19, caso não haja leito disponível, o paciente permanece no PS respiratório até conseguir a vaga, porque após 24h ele já deve ser internado, segundo Resolução CFM 1886/2008), sendo preenchida a Autorização de Internação Hospitalar (AIH) mais o laudo-SUS,além da ficha de notificação de COVID-19 e a

notificação de SRAG (Síndrome Respiratória Aguda Grave).

Quando o PS respiratório se encontra cheio ou há solicitações para transferências de pacientes de hospitais ou UPA's de municípios vizinhos ou mesmo das UPA's de Foz, é necessário o remanejamento dentro do PS, onde o paciente que evoluiu bem ou que o resultado do exame deu negativo, não preenche mais critérios de internação, podendo ir de alta hospitalar.

Ainda, quando o resultado do covid-19 está em andamento e precisa-se liberar um leito no PS porque vai chegar paciente por transferência ou até mesmo paciente que desestabiliza hemodinamicamente na triagem, é solicitado vaga para a Unidade de Terapia de Doenças Infecciosas (UTDI), na qual o paciente irá permanecer até sair o resultado do covid, sendo essenegativo, pois, conforme já especificado, os casos positivos vão para a enfermaria covid-19 oudireto para a UTI COVID-19, a depender da gravidade de cada caso. Em qualquer setor de internação em que o paciente venha necessitar de cuidados intensivos, o mesmo é transferido para a UTI COVID-19. Lá, o paciente é monitorado por aparelhos invasivos por longos dias até melhora do seu quadro. Na maioria das vezes, quando conseguiu ser extubado e voltou a respirarcom auxílio de suporte de oxigênio não invasivo, como máscara de O2 ou cateter nasal de oxigênio, o mesmo é transferido para a semi-intensiva ou UTI II, onde permanece por mais unsdias até estiver respirando em ar ambiente sem suporte de O2, mantendo a saturação de oxigênioacima de 95, 96%, em condições para ir de alta hospitalar.

Lembrando que, passou pela triagem, ficou em observação no PS respiratório ou internou em qualquer outro setor, o paciente sempre vai para casa com receita médica e, quando necessário, encaminhamentos e exames, seja para a Unidade Básica de Saúde, seja para especialidades para a longitudinalidade do cuidado. Além disso, sempre orientávamos para o retorno em caso de piora.

Diante do exposto, os objetivos propostos pelo estágio foram cumpridos por meio da construção ativa do processo de aprendizado, inter-pessoal e em conjunto com a equipe multiprofissional, e na contribuiram não apenas para o meu crescimento enquanto acadêmica, mas para vida futura profiossnal.

2. REDE DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA (RUE) DO SUS NO MUNICÍPIO DE FOZ DO IGUAÇÚ-PR

A rede de atenção às urgências e emergências no município de Foz do Iguaçú-Pr, conta para além das competências em promoção e prevenção de saúde, com o Serviço Integrado de Atendimento ao Trauma em Emergência (SIATE), o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU), duas Unidades de Pronto Atendimento, a UPA João Samek e a UPA Walter Cavalcante Barbosa), o Hospital Municipal Padre Germano Lauck e os hospitais, junto com o SIATE, que não são cenários dointernato em medicina da Unila - o Hospital Ministro Costa Cavalcanti, que é referência emcardiologia, obstetrícia e oncologia e o Hospital Cataratas, que é referência para psiquiatria -, todos âmbitos com regulação e porta aberta para urgências e emergências nessas especialidades.

O Hospital Ministro Costa Cavalcanti é referência em cardiologia e osbetrícia, com regulação e porta aberta para urgências e emergências nessas especialidades, porém, junto com o SIATE e SAMU, não foram cenários de estágio nesse módulo.

De acordo com o plano municipal de saúde da cidade de Foz do Iguaçu do ano de 2018-2021, a distribuição dos serviços da secretaria municipal de saúde, se dá pelos seguintes locais:

Urgência e Emergência	Hospital Municipal	1
	Pronto Socorro Municipal – 24h	1
	Unidade de Pronto Atendimento 24h Morumbi	1
	Unidade de Pronto Atendimento 24h João Samek	1
	SIATE – Sistema Integrado de Atendimento ao Trauma em Emergências	1
	SAMU – Serviço de Atendimento Móvel de Urgência	1
	Total	6

Distribuição serviços saúde – Foz do Iguaçu/2018-2021

2.1 SERVIÇO INTEGRADO DE ATENDIMENTO AO TRAUMA EM EMERGÊNCIA (SIATE)

O Serviço Integrado de Atendimento ao Trauma em Emergência é prestado pelo corpo de bombeiros da polícia militar do Paraná, que atende e faz a regulação pelo telefone 193, sendo a principal porta de acesso de pacientes vítimas de traumas aos serviços de maior complexidade, compondo a RUE, porém, como supracitado, não foi parte do cenário do

internato de Medicina da Unila.

2.2 SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA (SAMU)

O Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU), é baseado no modelo francês de atendimento a vítima, prestado por socorro móvel às urgências e emergências não traumáticas pré-hospitalar e interunidades de pacientes referenciados aos componentes hospitalares da RUE, cujo atendimento e regulação podem ser solicitados via telefone para o número 192.

No município de Foz do Iguaçú-Pr, o SAMU encontra-se estruturado em três bases, prestando assistência à população com a ajuda de sete ambulâncias, sendo duas para o suporte avançado de vida e as demais destinadas ao suporte básico de vida, além de uma motolância. É competente para a prestação de atendimentos às urgências e emergências não traumáticas, aos translados interunidades de pacientes referenciados aos componentes hospitalares da RUE. Assim como o SIATE, este serviço não foi cenário de prática do Internato de Medicina da Unila.

2.3 CENÁRIOS

2.3.1 UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO 24H (UPA)

Regida pela portaria 1.020 do Ministério da Saúde de 2009, é responsável por concentrar os atendimentos de saúde de média complexidade, compondo uma rede organizada em conjunto com a atenção básica, atenção hospitalar, atenção domiciliar, SIATE e SAMU. Têm por objetivo diminuir as filas nos prontos-socorros dos hospitais, evitando que casos de menor complexidade sejam encaminhados diretamente para as unidades hospitalares, além de ampliar o acesso e a capacidade de atendimento do Sistema Único de Saúde (SUS).

As UPA’s funcionam 24 horas por dia, todos os dias da semana, visando acolher e atender a todos os usuários que buscam assistência médica. Quando um paciente chega a uma UPA, os médicos e a equipe prestam socorro, controlam o problema e detalham o diagnóstico. Também é feita a análise da necessidade de encaminhamento do paciente a um

hospital ou de mantê-lo em observação por 24 horas, podendo acontecer de ficar 6 à 7 dias, devido a demanda de doentes crônicos e/ou crônicos agudizados no município de Foz do Iguaçú-Pr, considerando que no município há a UPA João Samek e a UPA Dr. Walter Cavalcanti Barbosa.

Nesse serviço, é realizado o acolhimento seguindo a estratificação de risco prevista no protocolo de Manchester, exames laboratoriais e de radiografia.

Estas unidades devem funcionar com o amparo do SAMU, das Unidades de Saúde da Família (USF), hospitais e centros de especialidades, de maneira a ordenar os fluxos de referência e contrarreferência.

Para registros e obtenção da história clínica do paciente, há disponível o prontuário eletrônico no sistema RP Saúde; paraacesso aos resultados de exames laboratoriais, temos o concent e para os exames de imagemnoarya e o vivace.

A sala verde, é composta por 4 consultórios, sendo 1 para pediatria. Na sala amarela, a qual é composta pela observação 1, possui 18 leitos e a observação 2 possui 12 leitos adultos e 9 leitos pediátricos, sendo 3 berços e mais 4 leitos de isolamento. A rotina da sala amarela, é semelhante ao que fazemos no hospital municipal quanto a coleta de dados para a evolução e/ou admissão do paciente. A sala vermelha, composta pela sala aonde chega a ambulância do SAMU, voltadas ao atendimento de casos mais graves, a qual tem 4 leitos mais 1 isolamento e a sala de pequenos procedimentos. Além da sala de acolhimento, sala para medicação, farmácia, central de epidemiologia e a sala de radiografia. No setor de epidemiologia da UPA João Samek, são realizadas coletas para dengue dos grupos específicos, numa quantidade de 5 dos que se encaixam no grupo B, dogrupo C e gestantes são coletados de todos os pacientes que nestes se enquadram. Para a estatística e pesquisa de novas vacinas, são coletadas 5 amostras por semana de material biológico de pacientes com síndrome gripal por semana, sendo que 5 amostras de coletas por swab de vírus de síndrome gripal - NS1, Influenza - e 2 amostras de diarreia vão para o LACENem Curitiba-Pr, para pesquisa de vírus circulante. Já amostras de rotavírus vão para o HospitalMunicipal.

Os casos de intoxicação exógena, em sua maioria, ocorrem por ingestão de medicamentos.Quanto aos acidentes por animais peçonhentos, a maioria são pela aranha de jardim, que não é vvenenosa, escorpião preto *Tityus bahiensis*) e amarelo (*Tityus serrulatus*), ambos são venenosos. O paciente fica em observação por 4 horas, faz exames e se precisar fazer medicaçãoou soro, é transferido para o hospital municipal, caso não seja necessário e na ausência de dor, é liberado.

Na UPA só faz vacina para anti-rábica. Esquema: são 4 vacinas, sendo a 1ª no dia

0 (zero), a 2ª no dia 3, depois no dia 7 e 14. Anti-tetânica só é feito o reforço. Quanto aos atendimentos na epidemiologia, antes da pandemia a média era de 400 à 500 atendimentos por dia; já no início na pandemia, em torno de 150 à 200 atendimentos por dia.

Para o bom manejo dos pacientes, recorríamos a exames complementares, monitorização de sinais vitais e na grande maioria das vezes eram solicitadas transferências para o hospital municipal, para a continuidade ao manejo clínico do paciente.

Alguns dos pacientes requeriam uma assistência mais especializada, por exemplo os casos de trauma, para isso encaminhávamos para as especialidades médicas, dentre elas, e de acesso dentro da própria UPA, a ortopedia; para a cardiologia e ginecologia no hospital Ministro Costa Cavalcanti; para seguimento dos tratamentos psiquiátricos no hospital Cataratase para os casos de suspeita ou confirmados para COVID-19, além das demais doenças ou coletasde exames como angiotomografia computadorizada, para o Hospital Municipal.

2.3.2 HOSPITAL MUNICIPAL PADRE GERMANO LAUCK (HMPGL)

O Hospital Municipal Padre Germano Lauck (HMPGL), localizado em Foz do Iguaçú-Pr, iniciou suas atividades em setembro 2006, por meio de um projeto entre o Município, Estado e a União, com inauguração oficial em 10 de junho de 2011.

Inserido na rede de estabelecimentos de saúde vinculados ao SUS, sob a gestão da Fundação Municipal de Saúde da cidade, é responsável por atendimentos de média e alta complexidades, atendendo nove municípios da 9º Regional de Saúde, pacientes advindos da Tríplice Fronteira (Brasil - Paraguai - Argentina) e turistas. Dispõe de equipamentos para exames de radiografia, ultrassonografia, tomografia e laboratório de análises clínicas, farmácias, agência transfusional, pronto-socorro para casos gerais, centro cirúrgico e Unidade de Terapia Intensiva (UTI). E, em decorrência da pandemia COVID-19, se estendeu em tamanhoe serviços especializados em focos respiratórios, como o serviço de plantão telefônico COVID-19; triagem COVID-19, espaço para a realização do teste do COVID-19 (RT-qPCR para SARS-CoV-2); pronto-socorro respiratório, Unidade de Terapia de Doenças Infecciosas (UTDI), enfermaria COVID-19; UTI COVID-19, funcionando com equipe multriprofissional 24h por dia. Assim, é referência loco-regional para atendimentos de pediatria, clínica médica, trauma, neurologia, casos respiratórios e de COVID-19.

2.3.2.1 Plantão Telefônico COVID-19

Para atendimento aopaciente via telefone necessita-se preencher muitas etapas dos formulários no sistema Tasy: cadastro do paciente; notificação COVID-19; termo de isolamento mais o atestado sanitário; depois planilhas do excel para agendamento de coleta caso o paciente não se enquadre no intervalo entre o 3º e o 7º dia dos sintomas. Usávamos também a planilha do excel para preencher os dados pessoais do paciente para posterior envio desse termo com atestado, via email ou whatsapp conforme a preferência do mesmo.

Fluxograma de Atendimento de pacientes confirmados ou suspeitos de COVID-19 em Fozdo Iguaçú-Pr, no Hospital Municipal Padre Germano Lauck:

Pacientes positivos assintomáticos:
Após 10 dias do início dos sintomas (fim do isolamento), podem ser atendidos pelos serviços de: Telemedicina; Unidades de Pronto Atendimento (UPA João Samek e UPA Walter Cavalcanti) e Unidades Básicas de Saúde.

Pacientes positivos sintomáticos:
- Leves: Telemedicina, podendo prolongar o isolamento;
- Sintomas moderados/ graves, sem comorbidades respiratórias/cardíacas anteriores: Poderão ser direcionados ao Pronto-Socorro Respiratório para avaliação e verificação da necessidade de tomografia;
- Pacientes com diagnósticos prévios de Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica (DPOC) e Insuficiência Cardíaca Congestiva (ICC) ou queixas de patologias crônicas: após fim do isolamento serão avaliados pelas UPA's, se a clínica ainda estiver sugestiva de COVID, serão encaminhados ao P.S. Respiratório.

Obs.: Se após 10 dias de isolamento os sintomas respiratórios persistirem, o isolamento deverá ser prolongado.

Pacientes negativos: Se após resultado negativo, o paciente estiver com queixa respiratória infecciosa, será abordado como qualquer paciente sem exame conforme documento da Secretaria Municipal de Saúde.

2.3.2.2 Triagem COVID-19

O trabalho era o mesmo do plantão telefônico, com a diferença de ter inúmeros pacientes com senha aguardando para serem atendidos e examinados, e de certa forma, isso passava uma pressão deter que atender um pouco mais rápido. Além da prescrição médica, na qual o paciente podia levar junto e em vários momentos recebeu suas medicações.

Os pacientes que chegavam por demandaespontânea com sintomas leves, após o cadastro e se dentro da janela já podiam ir direto para acoleta do exame. Já os pacientes com sintomas moderados à graves, se fossem gestantes, orientávamos a procurar o Hospital Ministro Costa Cavalcanti, já as crianças encaminhávamosdiretamente para a pediatria. Cardiopatas instáveis, picos hipertensivos ou outras comorbidades descompensadas, encaminhávamos diretamente para o pronto-socorro respiratório, onde lá eram medicados, realizados exames laboratoriais e de imagem conforme o quadro clínico, ficavam emobservação e tratamento, se obtido critério de internação para investigação e continuidade de um tratamento mais especializado, internava. Ocorreram muitos casos por quadro de ansiedadeou de crise asmática, onde o paciente era medicado, dependendo fazia inalação e do hospital iapara casa com a receita medicamentosa.

Fluxo triagem

Sintomáticos respiratórios chegam a triagem COVID-19: encaminhados pelas Redes de Atenção (UPA, UBS/USF); pelo SAMU (Unidade de Suporte Básico - USB); Encaminhados pela central telefônica/telemedicina e por demanda espontânea. O Hospital Municipal Padre Germano Lauck de Foz do Iguaçú-Pr é referência para o atendimento de sintomáticos respiratórios: covid positivo, onde o paciente chega na triagem e é encaminhado ao pronto-socorro respiratório adulto ou infantil; paciente covid negativo ou aguardando resultado do exame, retira uma senha e fica aguardando atendimento na triagem; criança (até 14 anos, 11 meses e 29 dias) deve ser encaminhada junto do responsável ao PS respiratório infantil; pacientes trazidos pelo SAMU têm direito ao atendimento prioritário. Toda gestante ou puérpera sintomática respiratória deve ser contrarreferenciada ao Hospital Ministro Costa Cavalcanti (HMCC).

Pacientes sintomáticos leves, o atendimento é realizado na triagem, com a coleta dos dados pessoais, história clínica direcionada, notificação, prescrição de RT-PCR, mais o

termo de isolamento junto com o atestado sanitário, este último, descontando 10 dias desde o início dos sintomas para todos do mesmo domicílio. Já para os casos moderados àgraves, é realizado atendimento no pronto-socorro respiratório, no qual possui sala de estabilização.

Definição de caso suspeito COVID-19, conforme a 12ª revisão, pacientes que estejamapresentando síndrome gripal, são elegíveis para coleta: indivíduo de qualquer idade; com febree/ou qualquer sintoma respiratório; com tosse coriza, congestão nasal ou conjuntival, dor de garganta, fadiga, dificuldade para respirar, dor de cabeça, perda de paladar ou olfato, preenchemos critérios para coleta de RT-PCR (swab nasal e orofaríngeo) do 3° ao 7° dia do início dos sintomas.

Para o cadastro, são necessários o CPF, número do celular, endereço completo, nome da mãe completo. Para a notificação, são necessários os os preenchimentos dos itens: profissão, local de trabalho, data do início dos sintomas, se viagem recente, se contato com caso suspeito ou confirmado, nome da fonte e local de contato.

Devendo ser solicitado RT-PCR de forma prioritária a todo profissional de saúde e segurança pública.

Uma vez por semana, nas quartas-feiras, além das coletas normais, são feitas 5 coletas sentinela, prescrito VSR para pesquisa de vírus sincicial respiratório, a qual vai para análise no LACEN em Curitiba-Pr, fornecido termo de isolamento mais o atestado sanitário igualmente, porém, diferente da coleta normal, nessa, não pode fazer a notificação covid-19 no Tasy e não pode prescrever o exame SARS-CoV-2, além de o paciente não poder ser profissional de saúde ou da segurança pública, ter tido contato com caso suspeito ou confirmado de covid-19 e ter viajado nos últimos 14 dias. Para esses casos, a ficha de notificação deve ser preenchida manualmente e entregue à SECIH e a cópia deve ser entregue no posto de coleta e comunica-se ao paciente que o resultado do exame leva em torno de 5 à 7 dias para ficar pronto. São fornecidos os telefones da central/plantão COVID para que o paciente entre em contato a partir do 5° dia após coleta para saber o resultado e o paciente deve informar a central telefônica que foi coleta sentinela.

Para acolhimento de paciente em situação de vulnerabilidade social, morador de rua ou que não apresente meio de realização de isolamento domiciliar adequado, deve-se solicitar à assistência social do hospital através do número 4599062520 se segundas às sextas-feiras em horário comercial. Se após às 17h, sábados e domingos, deve-se comunicar o(a) enfermeiro(a) do PS respiratório.

Os números para atendimento no plantão coronavírus são: (45)35211800 para whatsapp e

ligações e 08006455655 somente para ligações.

2.3.2.3 Pronto Socorro geral (PS Geral)

A demanda do PS geralreduziu em decorrência da pandemia COVID-19, pois, para em decorrência da pandemia alterou o fluxo, onde o paciente que chega no hospital deve passar primeiramente pela triagem, se este não possui um teste prévio para COVID-19, precisa realizar para somente depois de descartado o vírus, a depender do caso e da gravidade, ser ou não designado para o PS geral. Com isso, deu uma desafogada nesse setor e o trabalho ficou menos extenuante quando comparado ao PSrespiratório. Contudo, os casos de emergências clínicas, endocrinológicas, gastroenterológicas, cardiológicas, neurológicas, traumatológicas e de acidentes continuam recorrentes, mas em menor proporção por causa da pandemia.

Esse setor conta com 28 leitos, distribuídos em leitos de observação, de emergência clínica, de emergência trauma (vermelha), isolamento, observação (verde) e UCP (Unidade de Cuidados Progressivos).

2.3.2.4 Pronto Socorro Respiratório (PS RESPIRATÓRIO)

O objetivo é estabilizar o paciente e seguir o fluxo, direcionar para a UTDI, enfermaria COVID-19, enfermaria da clínica médica, UTI COVID-19, UTI geral ou mesmo o pronto socorro geralou alta hospitalar, pois, de acordo com a Resolução CFM 1886/2008, se limita um período de 24 horas neste local. Quando o paciente necessita de internamento, são preenchidas a ficha de notificação de COVID-19, a notificação de SRAG (Síndrome Respiratória Aguda Grave), o laudo-SUS ou AIH e a SESA (Solicitação de Transferência Externa).

A demanda por queixas respiratórias nesse período foi imensa, com volume significativo para crises asmáticas e pneumonia, também pacientes com cardiopatia descompensada e Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica (DPOC).

No decorrer houveram mudanças, como a ampliação no número de leitos e os leitos da pediatria que ocupavam uma parte do setor foram todos destinados para os pacientes adultos em decorrência do aumento da demanda de pacientes doentes e infectados pelo coronavírus,

contabilizando 4 leitos para pacientes que necessitam de suporte imediato devido agudização de algum quadro, mas que já fizeram o exame e o resultado deu negativo; 7 leitos para casos suspeitos ou que ficarão aguardando resultado do exame para COVID-19; 5 leitos para estabilização e 5 para os casos já confirmados/positivos.

2.3.2.5 Unidade de Terapia de Doenças Infecciosas (UTDI)

Na UTDI chegam os pacientes provenientes do PS respiratório, àqueles que o resultado do exame deu negativo para COVID-19 ou que podiam aguardar resultado, nos momentos em que estava para chegar paciente de transferência ou por necessidade de ter uma vaga disponível para ocupação esporádica e imediata de leito.

Possui 11 leitos, todos separados por quartos individualizados por setratar de local para tratamento de doenças infecciosas.

Nesse setor não ficam pacientes positivospara COVID-19, pois, nessa situação vão para o setor específico que é a enfermaria COVID-19 ou UTI COVID-19. No entanto, muitos pacientes também descompensam nesse setor, aonde é realizado a intubação orotraqueal e/ou acesso venoso central. Ficam internados pacientes com tuberculose, pneumonia bacteriana, dentre outras patologiasdesde que não infectados pelo novo coronavírus. Sendo assim, um paciente COVID-19 negativo pode chegar ao hospital pelo SAMU e ser internado diretamente nesse local. A rotina de realizar uma admissão na qual o paciente ficará internado nesse setor e a avaliação e reavaliação periódica, bem como os registros de evoluções, segue uma rotina semelhante à do PS respiratório, diferenciando um pouco na agilidade de decisões rápidas quanto a gestão de transferência do paciente rapidamente. Aqui, o paciente pode ficar mais dias internado, até a recuperação do seu quadro, em contrapartida, é transferido para a enfermaria COVID-19 ou UTI COVID-19 caso o resultado do exame para coronavírus venha positivo.

2.3.2.6 Enfermaria COVID-19

Esse setor conta com 31 leitos de internamento, onde os pacientes ficam em acompanhamento e até completar as doses ou o esquema terapêutico endovenoso para estabilidade do quadro e boas condições para alta hospitalar.

2.3.2.7 Unidade de Terapia Intensiva COVID-19 (UTI COVID-19)

Nesse setor é necessário uma intensificação das medidas de biossegurança com maior frequência (uso de máscara N95 ou PFF2, óculos de proteção, face shild, gorro, avental e luvas de procedimento), devido a criticidade/gravidade clínica do paciente aqui internado. O paciente crítico exige uma maior atenção e poder investir mais tempo nele é ganho, visto que, ele pode desestabilizar muito rapidamente.

Essa unidade possui quarto com pressão negativa para evitar a disseminação do vírus, conformemedidas de isolamento estabelecidas pelo ministério da saúde, disponibiliza 15 leitos e mais 18leitos na UTI II ou semi-intensiva.

3 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Algumas dificuldades enfrentadas nesse período foram, a demora de resultados do exame COVID-19, devido o crescente número de casos suspeitos e consequentemente a maior demanda do laboratório municipal; divergências de condutas e resistências na aceitação de pacientes num próprio setor ou para admissões noutros setores, também por desunião do trabalho em equipe - considerando a superlotação dos leitos intra-hospitalar; sobre a referência para os atendimentos de cardiologia, obstetrícia e oncologia no Hospital Ministro Costa Cavalcante (HMCC) -, quanto a dificuldade de regulação dos pacientes que realmente necessitam de atendimento; prontuários incompletos e mal preenchidos; ausência de medicamentos sedativos de uso rotineiro em UTI, mas que foi um colapso no Brasil inteiro e não somente em Foz do Iguaçú-Pr, com consequente obstáculos e contratempos para o manejo dos pacientes; a alta demanda por assistência à saúde no município;a superlotação da rede de UE e a consequente falta de leitos, bem como o grande retorno dos mesmos pacientes nos serviços por muitas vezes não serem tratados adequadamente.

Medidas de promoção e prevenção à saude já existentes podem ser colocadas em prática mais frequentes, incluindo punições que não violem os direitos dos cidadãos, mas que ensinem e reforcem os corretos fluxos de acesso à saúde, com incentivos à ganhos quando houver cumprimento de seus seguimentos clínicos, bem como um controle mais rigoroso quanto à dispensação de medicamentos controlados e o aperfeiçoamento de alternativas para mudanças culturais quanto ao exercício da medicina do estilo de vida, com foco na qualidade de vida, de forma a proporcionar e alcançar uma sociedade mais saudável ou menos doentia e dependente química por remédios. O processo é lento, mas a educação continuada promoverá resultados futuros.

Somando-se a isso, o estágio curricular do Internato em Urgência e Emergência pela UNILA, de início em Junho e término em Outubro de 2020, foi de grande valia para a minha formação, pois, pude desenvolver atitudes, conhecimentos e práticas sobre doenças agudas e crônico- agudizadas, por meio de atendimento pré-hospitalar e intra-hospitalar às pessoas de todas as faixas etárias, bem como observei, acompanhei e participei de realizações de procedimentos com a enfermagem e com médicos, utilizei técnicas cirúrgicas, aprendi habilidades de comunicação clínica nos cenários de práticas, aprimorei o raciocínio clínico-diagnóstico aplicado às condições mais prevalentes em UE, bem como a organização de fluxos e processosde trabalho neste cenário, cujo foco é a classificação de risco do usuário, a obtenção de diagnóstico sindrômico rápido e preciso, de forma a estabilizar o paciente o mais breve

possível, para manutenção das funções vitais, prevenindo ou minimizando complicações e ofertando suporte aos órgãos alvos à priorizar a vida.

Acrescento ainda a importância da UE, pois está inserida em todos os níveis de atençãoà saúde, desde o primário, nas Unidades Básicas de Saúde (UBS's), como parte da Política Nacional de Urgência e Emergência (lançada pelo Ministério da Saúde em 2003); ao nível intermediário nas Unidades de Pronto Atendimento (UPA's) e Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (estruturas de complexidade intermediária entre as UBS's e as portas de urgência hospitalar); nível terciário, para média e alta complexidade, de forma a estruturar, organizar e integrar a atenção à Rede de Urgência e Emergência no país, organizando fluxos, priorizando atendimentos, desafogando o sistema público de saúde e garantindo o acesso universal e igualitário parao cidadão brasileiro.

Ademais, o município de Foz do Iguaçú-Pr assumiu com responsabilidade e esforço árduo seu trabalho na construção de estratégias para o combate à pandemia, ajudando a sociedade iguaçuense e da região lindeira, sendo exemplo de comprometimento e solidariedade à doença COVID-19. À minha gratidão por ter feito partedo enfrentamento estratégico no combate ao coronavírus SARS-CoV-2, pelo programa O Brasil conta comigo. Àpesar da luta, do desgaste e de toda mudança que enfrentamos para adaptação aos cuidados para a contenção do avanço da pandemia do COVID-19, foi possível ver muitos pacientes se recuperarem.

Por fim, destaco a nota da Associação de Medicina Intensiva Brasileira - Regional Distrito Federal, 2020: "oferecer esperança de salvar vidas, restabelecer a saúde ou aliviar o sofrimento" é nossa missão diária.

CASO CLÍNICO

ANAMNESE

Identificação: B. W. C. A., sexo masculino, 31 anos, branco, solteiro, pedreiro, natural e procedente de Foz do Iguaçú-Pr.

Queixa principal: "Falta de ar, dor no peito há 7 dias e tosse".

História da Doença Atual: Paciente deu entrada no Hospital Municipal Padre Germano Lauck referindo que há cerca de 3 semanas iniciou com quadro de cefaleia, odinofagia, febre (~38,5-39ºC), coriza, mialgia e precordialgia em aperto com irradiação para dorso e região subcostal direita ventilatório dependente, dispneia aos médios esforços, tosse seca freqüente e intermitente, secretiva em pequena quantidade, astenia progressiva e inapetência. O quadro era intermitente, de maneira que retornou ao serviço após 2 semanas do início dos sintomas, realizou RT-qPCR para SARS-CoV-2 negativo e RX de tórax sem alterações, sendo-lhe prescrito amoxicilina 500mg 8/8h por 10 dias. Apresentou melhora discreta, retornando com sintomas após 1 semana. Paciente mantém os mesmos sintomas e relata piora da dispneia, que agora é aos pequenos esforços.

Interrogatório sintomatológico: Refere persistência de febre ao longo do dia, tosse de predomínio seca no período noturno associada a dor ventilatório dependente com pequena quantidade de secreção branco amarelada no período da manhã. Nega náusea, vômito, alterações urinárias e gastrointestinais. Refere perda de peso de 1kg nesse período. Nega uso de medicações de uso contínuo ou alergia medicamentosa.

História Mórbida Pregressa: Nega comorbidades.

Histórico Familiar: Pai e mãe com hipertensão arterial.

Hábitos de Vida: Etilista social. Nega tabagismo.

EXAME FÍSICO

*Ectoscopi*a: Bom Estado Geral (BEG), Lúcido e Orientado no Tempo e Espaço (LOTE), normocorado, hidratado, anictérico, acianótico, dispneico em ar ambiente, afebril. Oroscopia dentro da normalidade.

Sinais Vitais: Temperatura Axilar 36.5 °C**,** Pressão Arterial (PA) 130/90 mmHg, Frequência Cardíaca (FC) 90 bpm, Frequência Respiratória (FR) 18 irpm, Saturação de Oxigênio (Sato2) 97%, HGT 74 mg/dL.

Neurológico: Glasgow 15, pupilas isocóricas e fotorreagentes, força motora preservada em todos os membros, sem sinais de irritação meníngea.

Aparelho Pulmonar (AP): Tórax atípico; som claro pulmonar à percussão, MV presente em todos os campos pulmonares, com presença de roncos em região de base de hemitórax à esquerda, sem sinais de esforço respiratório.

Aparelho Cardiovascular (ACV): Bulhas Rítmicas Normofonéticas em 2 Tempos, sem sopros, pulsos periféricos cheios, rítmicos e simétricos, Tempo de Enchimento Capilar (TEC) < 3 segundos. Extremidades quentes.

Abdome: flácido, globoso às custas de tecido adiposo, ruídos hidroaéreos presentes (RHA+), timpânico à percussão de epigastro, discreta dor à palpação profunda em região subcostal esquerda, sinal de Murphy negativo. Ausência de vísceromegalias ou massas. Ausência de sinais de peritonismo.

Membros: ausência de edema em membros inferiores (MMII), panturrilhas livres.

HIPÓTESES DIAGNÓSTICAS

Síndrome Respiratória? Pneumonia viral por SARS-CoV-2? Pneumonia viral por H1N1 ou outros vírus respiratórios? Gripe? Pneumonia Fúngica? Sinusite? Pneumonia bacteriana resistente à antibioticoterapia? Tuberculose Pulmonar? Derrame pleural? Pericardite? Angina - Infarto Agudo do Miocárdio? Tromboembolismo Pulmonar? Asma? Tumor/Câncer do Trato respiratório?

CONDUTA

Admitido no PS respiratório

Analgesia e antipirético Dipirona 500mg/mL 2 mL, 1 ampola 6/6h

Soro Ringer com Lactato 500mL IV ACM

AAS 100mg 3 comprimidos via oral e anticoagulação com Enoxaparina 40mg SC dose 1,5mL ACM

Monitorização contínua e Profilaxia padrão:

- Cabeceira elevada
- Controle de náuseas e vômitos: Ondansetrona 4mg IV 8/8h Se Necessário
- Controle de sinais vitais 6/6h 4 vezes/dia
- HGT 6/6h 4 vezes/dia

- Cateter de Oxigênio (O2) à 2L/min Se Saturação de O2 < 94%

Solicito:
Exames laboratoriais
Radiografias (Rx) de tórax (PA e perfil)
Eletrocardiograma
Exames de admissão
Curva de troponinas
Exame de BAAR
Tomografia de Tórax com contraste

Aguarda resultado de exames para avaliar necessidade de internamento

Exames Laboratoriais solicitados 02/09/2020: Hemograma completo, Ureia, Creatinina, Sódio, Potássio, Proteina C Reativa (PCR), Tempo e Atividade de Protrombina (TAP), Tempo de Tromboplastina Parcial Ativada (TTP Ativada), Troponina I, CPK, CKMB.

Laudos e Resultados:

Realizado novo teste de swab RT-qPCR para SARS-COV-2 negativo em 02/09/2020 com resultado negativo.

Exames laboratoriais:
02/09/2020: Hb 15,50; Ht 44,50; Leucócitos 12.060; Bastões 5%; Plaquetas 215.000; Ureia 34; Cr 0,90; Na 141; K 4,1; Troponina I: Inferior a 0,012 ng/mL (Até 0,034 ng/mL); CPK 100; CKMB 8; PCR 0,5; KPTT 36,7; TAP/INR 1,15.

Culturas de BAAR: 1 amostra negativa

ECG de admissão 02/09/2020: sem SST e outros sinais de isquemia aguda.

Exame de imagem:

TC de tórax com contraste02/09/2020: Área cardíaca dentro dos limites da normalidade. Tronco da artéria pulmonar anatômico. Não há sinais de falhas de enchimento nas artérias pulmonares ou de seus ramos lobares, segmentares ou subsegmentares. Conclusão: Estudo tomográfico do tórax não demonstra achados compatíveis com tromboembolismo pulmonar.

Nesse mesmo dia, no decorrer da internação, o paciente recebeu a seguinte Avaliação: Paciente estável hemodinamicamente, sem uso de drogas vasoativas (DVA), eupneico em ar ambiente, saturando 97%, sem sinais de esforço respiratório. Afebril e demais sinais vitais estáveis. Leucograma com discreta leucocitose e desvio à esquerda; PCR dentro da normalidade; Ureia, Creatinina e eletrólitos dentro da normalidade, ECG e enzimas cardíacas sem alterações. Tomografia computadorizada de tórax sem alterações. BAAR negativo em 1 amostra e exame para COVID-19 negativo pela segunda vez.

Diante do exposto, podemos excluir diversas hipóteses diagnósticas suspeitas na investigação inicial, restando-nos novamente a suspeita principal de Pneumonia.

A pneumonia é a causa mais grave de infecção respiratória aguda (IRA), sendo responsável por altas taxas de internação e óbito, principalmente nos países em desenvolvimento - de cinco a dez vezes maiores do que nos países desenvolvidos. O Brasil encontra-se entre os quinze países com o maior número estimado de pneumonia (FERREIRA *et al.*, 2014).

Os principais critérios diagnósticos são tosse e dispneia, e esta evidenciada pela taquipneia, com valor da frequência respiratória acima de 20 incursões respiratórias por minuto (Brasil. PAC, 2014).

Para o diagnóstico de pneumonia, deve-se solicitar uma radiografia de tórax em PA e perfil e exames laboratoriais, tanto específicos (hemocultura), quanto inespecíficos (hemograma completo) (IBIAPINA *et al.*, 2004).

Dentre os critérios de gravidade preconizados pela Organização Mundial da Saúde (OMS), a presença de tiragens intercostais identifica a pneumonia como grave. Para a pneumonia muito grave os sintomas são cianose central, dispneia grave e a incapacidade de ingerir líquidos. É necessário apenas um sinal ou sintoma para classificar em grave ou muito grave (J BrasPneumol, 2007).

Portanto, no caso acima, o paciente não apresenta um quadro grave de pneumonia. Levando-se em consideração que estamos diante de uma pandemia, também foi imprescindível considerar como hipótese diagnóstica o novo coronavírus, Sars-CoV-2, identificado como

agente etiológico da doença pelo coronavírus 2019 (COVID-19) que começou em Wuhan, na China, no final de 2019 e se espalhou por todo o mundo. Como a gripe e o COVID-19 são doenças respiratórias contagiosas e causadas por vírus diferentes, a primeira por Influenza e o COVID-19 por infecção pelo coronavírus denominado SARS-CoV-2, alguns dos seus sintomas são semelhantes, podendo ser difícil fazer a diferença entre eles com base apenas nos sintomas, assim sendo necessários testes para ajudar a confirmar o diagnóstico.

Pessoas com a COVID-19 podem ter poucos ou nenhum sintoma, embora algumas adoeçam gravemente e morram. Os sintomas podem ser: febre, tosse, falta de ar ou dificuldade em respirar, calafrios ou agitação repetida com calafrios, dor muscular, cefaleia, dor de garganta, perda recente de olfato ou paladar.

O tempo de incubação varia de 2 a 14 dias após a exposição ao vírus. O risco de doença grave e morte nos casos de COVID-19 aumenta com a idade e em pessoas com outros problemas médicos graves, como doenças cardíacas ou pulmonares ou diabetes. Os achados laboratoriais para pacientes com doença mais grave incluem linfopenia e achados de imagem torácica compatíveis com pneumonia.

Pacientes asmáticos podem fazer pneumonias com mais facilidade pois as infecções de vias aéreas podem predispor a crises. Logo, é importante em um paciente asmático e com infecção de via aérea superior sempre observar e tratar as exacerbações das crises.

Até o momento o tratamento da COVID-19 é de suporte. Mais de 175 ensaios clínicos com tratamentos e vacinas estão atualmente registrados, mas os dados sobre algum tratamento eficaz permanecem escassos ou em estudos. As estratégias terapêuticas atuais de conduta na doença grave são antivirais (principalmente o rendesivir, em ensaio clínico), derivados da cloroquina e imunomoduladores, ou seja, inibidores da IL-6 como o tocilizumabe. Para cada substância testada os benefícios devem ser comparados aos possíveis riscos para cada paciente (WHO, 2020).

Pacientes com sintomas respiratórios devem ser identificados e imediatamente colocar uma máscara após entrar em qualquer unidade de saúde (WHO, 2020).

Pacientes com sintomas respiratórios devem ser identificados e imediatamente colocar uma máscara após entrar em qualquer unidade de saúde. Resultados de exames positivos devem ser notificados aos departamentos de saúde locais e estaduais, e os pacientes necessitam de isolamento rigoroso em casa ou em uma unidade de saúde.

A hipótese diagnóstica desse caso é de Pneumonia Adquirida na Comunidade (PAC), que é caracterizada pelas manifestações clínicas na comunidade ou em até 48 horas após

a internação hospitalar. Quando esse paciente procurou assistência, ele já apresentava tais sintomas (Brasil. PAC, 2014).

São diagnósticos diferenciais principais da PAC: Doenças de vias aéreas superiores e inferiores; Bronquiolite; Asma aguda; Pneumopaticas crônicas; Atelectasia; corpo estranho.

Os principais agentes etiológicos da PAC são: vírus sincicial respiratório, parainfluenza, influenza, adenovírus, rinovírus, *Streptococcus pneumoniae*, *Haemophilus influenzae*, *Staphylococcus aureus*, *Mycoplasmapneumoniae* e *Mycobacterium tuberculosis* (IBIAPINA *et al.*, 2004).

Manifestações extrapulmonares podem auxiliar na presunção do agente etiológico: anemia hemolítica autoimune, miringitebolhosa e eritema multiforme sugerem Mycoplasma; hiponatremia com sódio sérico menor que 130 mEq/L sugere *Legionella*; presença concomitante de meningite, pneumonia e endocardite (Síndrome de Austrian) sugere pneumococo. Modificar o esquema terapêutico após o resultado da hemocultura. E fazer o acompanhamento do paciente.

A terapia inicial para PAC para esse paciente consistiu em iniciar o tratamento com Amoxicilina. Outras opções podem ser a Penicilina ou Eritromicina, em caso de suspeita de bactérias atípicas. Se em 48 horas não houver melhora do quadro, deve-se alterar o esquema.

Se houver necessidade de internação, devido à gravidade do quadro, a primeira opção a ser utilizada é Penicilina Cristalina ou Ampicilina. Em casos muito graves, utiliza-se a associação de Oxacilina mais Ceftriaxona. Se após 48 horas, o paciente não apresentar melhora ou se houver agravamentos, como derrames, abcessos, imunodepressão ou pneumococo resistente, deve-se considerar a associação de Vancomicina mais Ceftriaxona (Brasil. PAC, 2014; USP, 2019).

Sempre é importante considerar a oxigenoterapia, hidratação e nutrição adequada como tratamento de suporte (FERREIRA *et al.*, 2014).

Tendo em vista o quadro manter-se em evolução após 48 hs do início do uso de Amoxicilina e descartadas as outras hipóteses diagnósticas, podemos entender ser esse um quadro de PAC com resistência bacteriana à amoxicilina.

PORQUE SE PENSAR EM PNEUMONIA BACTERIANA RESISTENTE À ANTIBIOTICOTERAPIA INICIAL?

Extra: Verificando o histórico do paciente, após 8 dias o mesmo retornou por busca espontânea à triagem respiratória do hospital, referindo que no dia anterior começou a apresentar tosse seca intercalada com secretiva e acompanhado de coriza e dor torácica ventilatório dependente, com um episódio de febre 38ºC e mialgia, mesmo após ter feito uso de Amoxicilina. Fez uso de dipirona, com melhora parcial dos sintomas. Realizado novo exame para COVID-19 com resultado negativo e BAAR negativo, tendo exames de ECG mais enzimas cardíacas e de Tomografia de Tórax com resultados dentro da normalidade.

Na avaliação, no momento, o paciente não apresenta critérios de internação e também não apresenta sinais de gravidade. Pelo escore de PORT, o paciente encontra-se na Classe I que indica tratamento ambulatorial.

Conduta: Alta hospitalar com Salbutamol 200mcg Se Necessário, repetir de 4/4h e manter sintomáticos (dipirona) se dor ou febre. O paciente foi retratado com antibioticoterapia ambulatorial com levofloxacino 500 mg/dia por 07 dias e orientado sobre sinais de alarme e piora dos sintomas como se houver aumento da quantidade de secreção, mantiver dispneia ou permanência de febre à retornar ao serviço. Orientado à possibilidade de se realizar novos exames de COVID-19 ou de BAAR conforme o quadro clínico possa evoluir. Orientado sobre as medidas de distanciamento social e a permanecer afastado de atividades laborativas por 07 dias.

Para melhor elucidação sobre o manejo da Pneumonia, segue abaixo, em forma de fluxograma, o protocolo de Pneumonia Adquirida na Comunidade da USP, 2019:

PROTOCOLO de Avaliação Inicial no paciente com Suspeita de PNEUMONIA

Escore PORT

FATORES DEMOGRÁFICOS:

1. Idade do homem	Nº em anos
2. Idade da mulher	Nº em anos - 10
3. Residente em casa de repouso/asilo	Nº em anos + 10

COMORBIDADES

4. Câncer	+ 30
5. Doença hepática	+ 20
6. Insuficiência cardíaca	+ 10
7. Doença cerebrovascular	+ 10
8. Doença renal	+ 10

EXAME FÍSICO

9. Estado mental alterado	+ 20
10. FR > 30irpm	+ 20
11. PAS < 90mmHg	+ 20
12. TAX < 35°C ou > 40°C	+ 15
13. FC > 125bpm	+ 10

LABORATÓRIO e RX

14. pH < 7,35 (acidose)	+ 30
15. Ureia > 60mg/dL	+ 20
16. Sódio < 130mEq/L	+ 20
17. Glicemia > 250mg/dL	+ 10
18. Hematócrito < 30%	+ 10
19. PaO2 < 60mmHg ou SatO2 < 90%	+ 10
20. Derrame pleural	+ 10

Checar responsividade: **Responsivo?**

↓ SIM

MOV

↓

SUSPEITA DIAGNÓSTICA **PNEUMONIA?**

- Dispneia, febre, calafrios tremores, hipotermia
- Dor torácica (ventilatório-dependente)
- Tosse (com ou sem expectoração purulenta)
- Prostração, ansiedade, agitação
- Cefaleia, vômito/náusea, artromialgias, fadiga
- Taquipneia, Taquicardia, hipotensão
- Estertores, atrito pleural, som bronquial (sopro tubário)

↓ SIM

Rx Tórax

*Pacientes com radiografia normal, neutropênicos, desidratados, exame clínico sugestivo de infecção pulmonar: nova radiografia em 24-48h

↓ Sugestiva de PNM

Idade > 50 anos?

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL:

Traqueobronquiolite, sinusite, EP, EAP, CA de pulmão, TB, bronquiectasias, pericardite, SDRA, pneumonite aspirativa, HAD, hipersensibilidade, BOOP, dor muscular, vasculite...

Classificação PORT

Classe 1	<50 anos / ausência de preditores	Baixo	Ambulatorial
Classe 2	< 70 pontos	Baixo	Ambulatorial
Classe 3	71-90 pontos	Baixo	Ambulatoria / Obs. de admissão
Classe 4	91-130 pontos	Moderado	Internação
Classe 5	> 130 pontos	Alto	Internação / UTI

Alguma comorbidade?
CA, IC, D. cerebrovascular, D. renal, D. Hepática

NÃO → Exames adicionais para classificar PORT (PSI)

SIM → Exames adicionais para classificar PORT (PSI)

Exames adicionais para classificar PORT (PSI)

- Hemograma
- Ureia e Creatinina
- Sódio
- Potássio
- Glicemia

***Adicionar GASOMETRIA se:**
- SatO2 < 90%
- Insuficiência respiratória
- Suspeita de hipercapnia no DPOC

NÃO ↓

Alguma alteração no EF?
- Confusão mental recente
- FC > 125bpm
- FR > 30irpm

NÃO → **PORT 1**

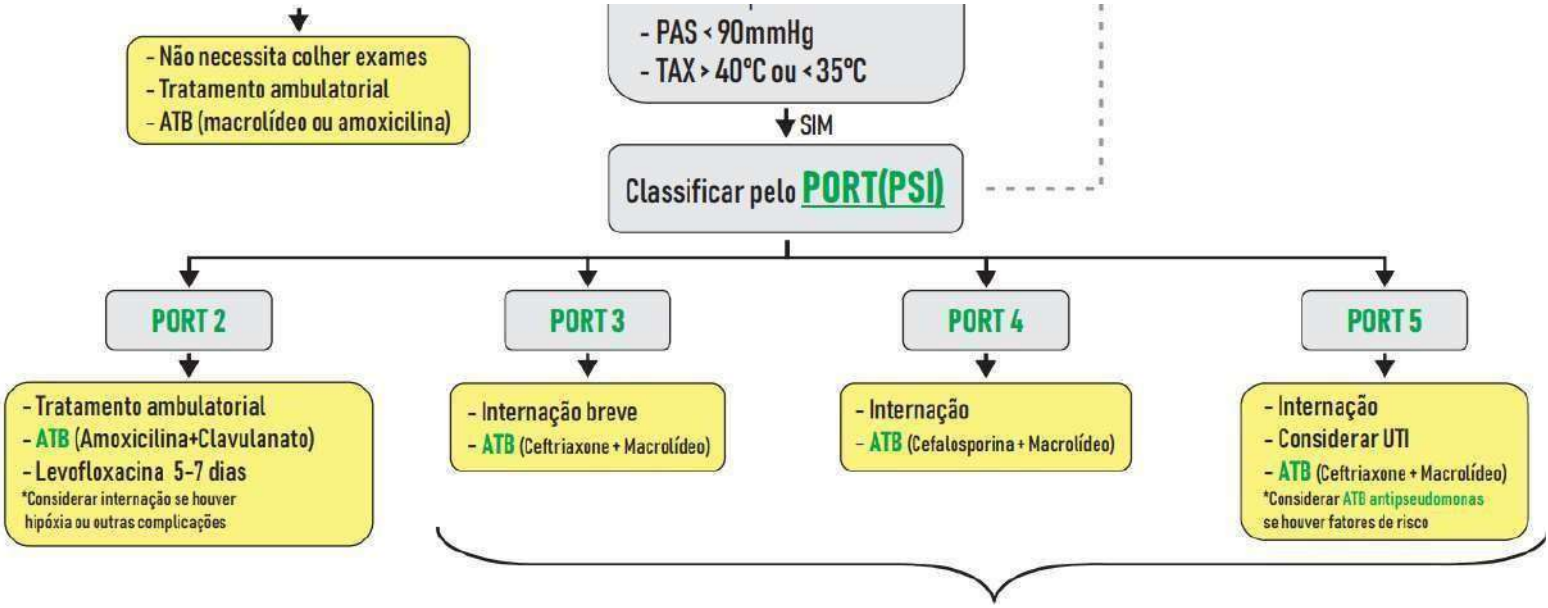

TABELA 7 Exames microbiológicos na pneumonia

	Paciente ambulatorial	Internado baixa gravidade	Internado moderada gravidade	UTI
Cultura escarro	Não	Sim	Sim	Sim
Hemocultura	Não	Não/sim	Sim	Sim
Pesquisa agente urinário *Legionella*	Não	Não	Sim	Sim
Pesquisa agente urinário pneumococo	Não	Não	Sim	Sim
Cultura colhida por lavado broncoalveolar	Não	Não	Sim	Sim

EXAMES ADICIONAIS EM PORT 3, 4 e 5

1. Gram do escarro
2. Dois pares de hemoculturas de sítios diferentes
3. Pesquisa de antígenos urinários (Legionella e Pneumococo)
4. Sorologia para C. pneumoniae, Mycoplasma pneumoniae, Coxiella burnetti
5. PCR ou pró-calcitonina`
6. Outros não de rotina: broncoscopia com lavado broncoalveolar e toracocentese diagnóstica (DP), pesquisa de BAAR, outros métodos de pesquisa para agentes específicos e/ou vírus
7. USG de tórax: avaliar derrame pleural, guiar toracocentese
8. TC de tórax: avaliar DP complicados, complicações ou neoplasias, dúvida sobre infiltrado

Tratamento de acordo com ESCORE PORT(PSI)

PORT 1
Tratamento Ambulatorial

1. Macrolídeo (Eritromicina, Claritromicina, Azitromicina)
- Claritromicina 500mg VO 12/12h de 7 a 10 dias
- Eritromicina 500mg VO 6/6h
- Azitromicina 500mg VO 1x/dia durante 5 dias

ou

2. Beta-lactâmico (Amoxicilina)
- Amoxicilina 500mg VO 8/8h

ou

3. Quinolona com espectro antipneumocócica

ou

4. Doxicilina

PORT 2
Tratamento Ambulatorial

1. Quinolona com espectro antipneumocócica (Levofloxacino ou Moxifloxacino)
- Levofloxacino 500mg VO 1x/dia por 7 dias
- Moxifloxacino 400mg VO 1x/dia por 7 dias

ou

2. Macrolídeo (Eritromicina, Claritromicina, Azitromicina)
- Claritromicina 500mg VO 12/12h de 7 a 10 dias
- Eritromicina 500mg VO 6/6h
- Azitromicina 500mg VO 1x/dia durante 5 dias

ou

3. Macrolídeo associado à Beta-lactâmico
- Um da opção 2 + um dos seguintes:
- Amoxicilina 500mg VO 8/8h
- Amoxicilina-clavulanato VO 2g 12/12h
- Amoxicilina em alta dose VO 1g 8/8h
- Cefuroxima 500mg VO 2x/dia
- Ceftriaxona, Cefpodoxima

PORT 3
Tratamento Ambulatorial ou Admissão de Observação

1. Macrolídeo (Eritromicina, Claritromicina, Azitromicina)
- Azitromicina 500mg VO 1x/dia durante 7 dias (*primeira dose IV no hospital*)

ou

2. Quinolona (Levofloxacino ou Moxifloxacino)
- Levofloxacino 500 ou 750mg IV 1x/dia por 7 dias
- Moxifloxacino 400mg IV 1x/dia por 7 dias

ou

3. Macrolídeo associado + Beta-lactâmico (Ceftriaxona = Cefalosporina de 3ªG)
- Macrolídeo IV (Azitro, Claritro, Eritromicina) + Ceftriaxone Ceftriaxone 2g IV 1x/dia
*Azitromicina 500mg IV 1x/dia
*Claritromicina IV 500mg 12/12h

PORT 4
Tratamento com Internamento

1. Quinolona (Levofloxacino ou Moxifloxacino)
- Levofloxacino 500 ou 750mg IV 1x/dia por 7 dias
- Moxifloxacino 400mg IV 1x/dia por 7 dias

ou

2. Macrolídeo associado + Beta-lactâmico (Ceftriaxona = Cefalosporina de 3ªG)
- Macrolídeo IV (Azitro, Claritro, Eritromicina) + Ceftriaxone Ceftriaxone 2g IV 1x/dia
*Azitromicina 500mg IV 1x/dia
*Claritromicina IV 500mg 12/12h

PORT 5
Tratamento com Internamento (DE ou UTI)

1. Macrolídeo associado + Beta-lactâmico (Ceftriaxona = Cefalosporina de 3ªG)
- Macrolídeo (Azitro, Claritro, Eritromicina) + Ceftriaxone 2g IV 1x/dia
*Azitromicina 500mg IV 1x/dia
*Claritromicina IV 500mg 12/12h

ou

2. Beta-lactâmico (Ceftriaxona = Cefalosporina de 3ªG) + Quinolona (Levo, Moxifloxacino)
- Ceftriaxone 2g IV 1x/dia + Levofloxacino 500mg IV

ou

3. Quinolona (Levofloxacino ou Moxifloxacino) + Penicilina
- Levofloxacino 500mg VO 1x/dia por 7 dias
- Moxifloxacino 400mg VO 1x/dia por 7 dias

+

- Preferencialmente associar com penicilina

OBSERVAÇÕES

1. Duração de Tratamentos
a) Ambulatorial: 7 dias
b) Internamento: 7-4 dias
c) Legionella: 14-21 dias

2.Risco de pseudomonas em PORT 3, 4 e 5:
a) Cefepime + Ciprofloxacina 400mg IV 8/8h
b) Ceftazidime + Ciprofloxacina 400mg IV 8/8h
c) Imipenem/Meropenem + Ciprofloxacina 400mg IV 8/8h
d) Piperacilina-tazobactam + Ciprofloxacina 400mg IV 8/8h
e) Amicacina 500mg IV 2x/dia + ATB antipseudomona* + macrolídeo
f) Aztreonam + Levofloxacina 750mg 1x/dia

*Ceftazidime, cefepime, imipenem, meropenem, pipe-tazo

3. Aspiração s/ FR para anaeróbios
a) Ceftriaxona 2g IV 1x/dia

b) Quinolona (Levo ou Moxifloxacin)

4. Aspiração c/ FR para anaeróbios

a) Ceftriaxona 2g IV 1x/dia ou Quinolona (Levo ou Moxifloxacin)

+

Clindamicina ou Metronidazol

Tab. 2A Agentes Etiológicos – Pneumonia Comunitária "Típica"		
Micro-organismo	**Quando Pensar**	**Morfologia**
Streptococcus pneumoniae	Todos os casos.	Diplococos Gram-positivos.
Haemophilus influenzae	Idade > 65 anos. DPOC.	Pequenos cocobacilos Gram-negativos.
Moraxella catarrhalis	DPOC.	Diplococos Gram-negativos (semelhantes à ***Neisseria*** *sp.*).
Klebsiella pneumoniae	Alcoólatra. Diabético. "Pneumonia do lobo pesado".	Bastonetes Gram-negativos.
Staphylococcus aureus	Usuário de drogas IV. Pneumopatia estrutural (fibrose cística, bronquiectasia). Pós-influenza. Pneumatoceles.	Cocos Gram-positivos em cachos.
Streptococcus pyogenes	Criança ou adulto jovem com faringoamigdalite supurativa.	Cocos Gram-positivos em cadeia.
Pseudomonas aeruginosa	Pneumopatia estrutural (fibrose cística, bronquiectasia). Neutropênico.	Bastonetes Gram-negativos.
Bactérias anaeróbias ***Peptostreptococcus Bacteroides***, ***Prevotella Porphyromonas***, ***Fusobacterium***	Pneumonia aspirativa (pacientes com queda da consciência, deglutição prejudicada).	Flora mista (bastonetes Gram-negativos e cocos Gram-positivos – *Peptotreptococcus*).

Tab. 2B Agentes Etiológicos – Pneumonia Comunitária "Atípica"		
Micro-organismo	**Quando Pensar**	**Morfologia**
Mycoplasma pneumoniae	Crianças > 5 anos ou adultos jovens. Protótipo do quadro clínico atípico.	Pequenino bastonete sem parede celular, com 200 nm de comprimento – quase do tamanho de um vírus – (não é classificado como bactéria).
Chlamydia pneumoniae	Idade > 65 anos.	Pequena bactéria com parede celular rudimentar. Parasita intracelular obrigatório.
Legionella pneumophila	Pneumonia grave. Diarreia/náuseas e vômitos. Hiponatremia < 130 mEq/L. Febre > 40ºC. Imunodepressão celular (corticosteroides, SIDA, transplante).	Pequenos cocobacilos Gram-negativos, difíceis de serem visualizados no Gram de escarro. Parasita intracelular obrigatório.
Chlamydia psittaci	Contato com pássaros nas últimas 1-2 semanas, hepatoesplenomegalia.	Pequena bactéria com parede celular rudimentar. Parasita intracelular obrigatório.
Coxiella burnetii	Contato recente com material placentário de gado.	Pequeno cocobacilo pleomórfico com parede de Gram-negativo (porém não aparecendo no Gram). Parasita intracelular obrigatório.
Vírus respiratórios (Influenza A e B, parainfluenza, adenovírus tipos 3, 4 e 7, Coronavírus – vírus SARS)	Crianças. Quadro gripal + Infiltrado intersticial difuso. SDRA a partir do terceiro dia.	Partículas de proteína e ácido nucleico inferiores a 100 nm.

Tab. 3	**Principais Condições Predisponentes**
Condição	**Mecanismo de Predisposição**
Idade Avançada	Mecanismo desconhecido de imunodepressão; aumenta a colonização faríngea por Gram-negativos.
Tabagismo	Inibe a atividade ciliar e a capacidade fagocítica dos macrófagos alveolares.
DPOC	Inibe a atividade ciliar e a capacidade fagocítica dos macrófagos alveolares; aumenta a colonização da faringe e da árvore traqueobrônquica por Gram-negativos.
Alcoolismo	Inibe a tosse e os reflexos glóticos; inibe a quimiotaxia para neutrófilos e o metabolismo oxidativo destas células; aumenta a colonização faríngea por Gram-negativos.
Diabetes Mellitus	Mecanismo desconhecido de imunodepressão; aumenta a colonização faríngea por Gram-negativos.
Insuficiência Cardíaca Congestiva	Mecanismo desconhecido.
Uremia Crônica	Menos capacidade fagocítica; inibe a quimiotaxia para neutrófilos e o metabolismo oxidativo destas células.
Infecções Virais (Principalmente Influenza)	Lesão do epitélio traqueobrônquico (perda da atividade ciliar).
Queda da Consciência	Inibição da tosse e dos reflexos glóticos – aspiração de grandes quantidades de material faríngeo ou gástrico.
Doença Cerebrovascular	Inibição da tosse e dos reflexos glóticos; distúrbio da deglutição.

Tab. 8	**Condições Predisponentes a Germes Específicos**
DPOC	*Haemophilus influenzae* (patógeno mais comum) *Streptococcus pneumoniae* (segundo mais comum) *Moraxella catarrhalis*
Alcoolismo	*Klebsiella pneumoniae* Pneumonia aspirativa: anaeróbios
Pós-Influenza ("gripe")	*Streptococcus pneumoniae* *Staphylococcus aureus*
Usuário de drogas IV	*Staphylococcus aureus*
Diabéticos	Gram-negativos
Uremia crônica	Gram-negativos
Doença cerebrovascular	Gram-negativos Pneumonia aspirativa: anaeróbios
Queda da consciência	Pneumonia aspirativa: anaeróbios
Dentes em mau estado de conservação	Anaeróbios
Neutropenia < 1.000/mm³	Enterobactérias *(Escherichia coli, Enterobacter sp., Serratia sp.)* *Pseudomonas aeruginosa* *Staphylococcus aureus*
Fibrose cística	*Haemophilus influenzae* *Pseudomonas aeruginosa* *Staphylococcus aureus* *Burkholderia cepacia*

Tab. 6	**Exames Recomendados pela SBPT para Diagnóstico Etiológico de PAC em Diferentes Situações**
Situação	**Exames Recomendados**
Tratamento ambulatorial	Desnecessários.
Tratamento em enfermaria	Gram e cultura de escarro.* Duas hemoculturas.** Sorologia.*** Antígeno urinário (pneumococo e *Legionella*).** Toracocentese.
Tratamento em UTI	Todos os exames acima e broncoscopia ou aspirado traqueal com cultura quantitativa em pacientes em ventilação mecânica.

Observações

**Escarro purulento, sem antibiótico prévio ou com falha a este.*
***Casos mais graves ou sem resposta ao tratamento.*
****Na suspeita específica, em surtos ou para estudos epidemiológicos.*

REFERÊNCIAS

ACOSTA, A. M.; LIMA, M. A. D. S. Usuários frequentes de serviço de emergência: fatores associados e motivos de busca por atendimento. Rev. Latino-Am. Enfermagem, Ribeirão Preto, 2015. v. 23, n. 2, 337-344.

ANVISA. Série Segurança do Paciente e Qualidade em Serviços de Saúde. Medidas de Prevenção de Infecção Relacionada à Assistência à Saúde. Módulo 4. Capítulo 2 - Medidas de Prevenção de Infecção do Trato Urinário, 2013. 37-47.

ATLS. 7.ed. American colege of Surgeons.

Barreto C. Whitebook: Quais os principais cuidados para profissionais de saúde em relação à Covid-19?. Portal Pebmed, 2020. Disponível em: https://pebmed.com.br/whitebook-quais-os-principais-cuidados-para-profissionais-de-saude-em-relacao-a-covid-19/. Acesso em: 19 set. 2020.

BELLUCI JUNIOR, J.A.; MATSUDA, L.M.; MARCON, S.S. Análise do fluxo de atendimento de serviço hospitalar de emergência: estudo de caso. Revista Eletrônica de Enfermagem, jan./mar. 2015. v. 17, n. 1, p. 108-116.

BICKLEY, L. S. Bates Propedêutica Médica. 10.ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2010. p.965.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 1600, de 7 de julho de 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Especialidade. Manual instrutivo da Rede de Atenção às Urgências e Emergências no Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2013b.

BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Medidas de prevenção de infecção relacionada à assistência à saúde. Brasília, ANVISA, 2013. Disponívelem:http://www20.anvisa.gov.br/segurancadopaciente/images/documentos/livros/Livro4-MedidasPrevencaoIRASaude.pdf

BRASIL. Pneumonia Adquirida na Comunidade. 2014. Disponível em: http://www.pneumoatual.com.br;www2.unifesp.br/dmed/pneumo/Dowload/Pneumonia%20Adquirida%20na%20Comunidade.pdf.

BRITISH MEDICAL ASSOCIATION AND ROYAL PHARMACEUTICAL SOCIETY OF GREAT BRITAIN. British national formulary. 57.ed. London: BMJ Publishing Group and APS Publishing, 2009.

CAVALCANTI, E. F. A., MARTINS, H. S. Clínica médica dos sinais e sintomas ao diagnóstico e tratamento. Barueri: Manole, 2007.

CHANG LE, YAN Y, WANG L. Coronavirus disease 2019: Coronaviruses and blood safety. Transfus Med Rev [Internet]. 2020. Disponível em:

<https://doi.org/10.1016/j.tmrv.2020.02.003>.

Confirmado o primeiro caso de coronavírus em Foz do Iguaçu. Foz portal da cidade, 2020. Disponível em: <https://foz.portaldacidade.com/noticias/saude/confirmado-o-primeiro-caso-de-coronavirus-em-foz-do-iguacu-2632>

FARIA, T.L.M.; NASCIMENTO, D.M.; FARIAS FILHO, M.C.; NUNES, S.F. A política nacional de urgência e emergência sob coordenação federativa em municípios paraenses. Saúde e Sociedade, 2017. v. 26, n.3. p.726-737.

FERREIRA, S., SANT'ANNA, C. C., MARCH, M. F. B. P., SANTOS, M. A. R. C., CUNHA, A. J. L. A. Lethality by pneumonia and factors associated to death. J. Pediatr., Brazil, 2014. 90:92-7.

Gruber A. Covid-19: o que se sabe sobre a origem da doença. Jornal da Usp, 2020. Disponível em: <http:///www.jornal.usp.br/?p=314416>.

GUEDES, Helisamara Mota; MARTINS, José Carlos Amado; CHIANCA, Tânia Couto Machado. Valor de predição do Sistema de Triagem de Manchester: avaliação dos desfechos clínicos de pacientes. Revista Brasileira Enfermagem, Brasília, v. 68, n. 1, p. 45-51, 2015. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S003471672015000100045&lng=en>.

KONDER, M.T.; O'Dwyer, G. As unidades de pronto-atendimento na Política Nacional de Atenção às Urgências. Physis - Revista de Saúde Coletiva, 2015. v.25, n. 2. p. 525-545.

HERMIDA, Patrícia Madalena Vieira et al. Contrarreferência em Unidade de Pronto Atendimento: discurso do sujeito coletivo. Rev. Bras. Enferm., Brasília, 2019. v.72, supl. 1, p.143-150.

IBIAPINA, C. C.; ALVIM, C. G.; ROCHA, F. G.; COSTA, G. A.; SILVA, P. C. A. Pneumonias Comunitárias: Etiologia, Diagnóstico e Tratamento. Rev Med Minas Gerais, Brazil, 2004. 14(1 Supl.1):S19-S25.

JORNAL BRASILEIRO DE PNEUMOLOGIA. Diretrizes brasileiras em pneumonia adquirida na comunidade em pediatria. J Bras Pneumol, 2007. 33 (Supl 1):S31-S50.

LOPEZ, M & LAURENTYS-MEDEIROS. Semiologia médica: as bases do diagnóstico clínico. 5.ed. Rio de Janeiro: Revinter, 2004. p.1245.

LONGO, Dan L. et al. Medicina interna de Harrison. 18.ed. Porto Alegre: AMGH, 2013. 2 v.

MARTINS, H. S. Emergências clínicas: abordagem prática. 10.ed. Rev. e atual. Barueri, SP: Manole, 2015.

MARTINS, H. Medicina de Emergência: Abordagem Prática. 12.ed. 2017.

MENA H, PIACSEK GVM, MOTTA MV. Urgência e Emergência: os conceitos frente às normas administrativas e legais e suas implicações na clínica médica. Saúde, Ética & Justiça.

2017;22(2):81-94.

MINAYO, Maria Cecília de Souza; DESLANDES, Suely Ferreira. Análise da implantação do sistema de atendimento pré-hospitalar móvel em cinco capitais brasileiras. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 2008. v. 24, n. 8, p.1877-1886.

Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS): Guia de Vigilância Epidemiológica do COVID-19. Disponível em: <https://covid.saude.gov.br/>.

Ministério da Saúde. Portaria Nº 1.600, de 7 de julho de 2011. Reformula a Política Nacional de Atenção às Urgências e institui a Rede de Atenção às Urgências no Sistema Único de Saúde (SUS). Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Brasília, DF, 7 jul. 2011b. Disponível em: < http://goo.gl/pZTLlI>.

Ministério da Saúde (BR). Portaria nº 454, de 20 de março de 2020: declara, em todo o território nacional, o estado de transmissão comunitária do coronavírus (Covid-19). Disponível em: <http://www.in.gov.br/en/web/dou/-/portaria-n-454-de-20-de-marco-de-2020-249091587>.

Nacional de Atenção às Urgências. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Brasília, DF, 7 jul. 2011c. Disponível em: <http://goo.gl/Njv6ZT>.

Novo Boletim Covid-19. Agência Municipal de Notícias- Prefeitura de Foz do Iguaçu, 2020. Disponível em: <https://www.amn.foz.br/posts/?dt=novo-boletim-eFBVSlNxejlrcTVrVmo2a3R2TEp5Zz09>.

PHILLIPS, D. L. Manual de Terapia Intravenosa. 2.ed. Porto Alegre: Artmed, 2001. p.552.

Plano municipal de saúde da cidade de Foz do Iguaçu/2018-2021. Disponível em: <http://www.saudefoz.com.br/SaudeFOZ/Formularios/wfrmVisualizarObjetos.aspx?ObjId=993>

Portaria Nº 1.601, de 7 de julho de 2011. Estabelece diretrizes para a implantação do componente Unidades de Pronto Atendimento (UPA 24h) e o conjunto de serviços de urgência 24 horas da Rede de Atenção às Urgências, em conformidade com a Política

Revista Pesquisa Fapesp. Um guia do novo coronavírus. 2020. Disponível em: <https://revistapesquisa.fapesp.br/um-guia-do-novo-coronavirus/>.

PORTO, C. C. Semiologia médica. 5.ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2005. p. 1356.

Secretário estadual de Saúde confirma seis casos de coronavírus no Paraná. Foz portal da cidade, 2020. Disponível em: <https://foz.portaldacidade.com/noticias/saude/secretario- estadual-de-saude-confirma-seis-casos-de-coronavirus-no-parana-0231>.

MD, University of Rochester School of Medicine and Dentistry. Coronavírus e síndromes respiratóriasagudas (covid-19, mersesars). 2020.

UNA-SUS/UFMA. Redes de atenção à saúde: rede de urgência e emergência - RUE/ Marcos Antônio Barbosa Pacheco (Org.). - São Luís, 2015. Disponível em <http://repocursos.unasus.ufma.br/rede_atencao/modulo4/und1/media/pdf/livro.pdf>

USP. Medicina de emergência: abordagem prática. Irineu Tadeu Velasco e editor chefe Rodrigo Antonio Brandão Neto; editores Heraldo Possolo de Souza et al.13. ed., rev., atual. e ampl. Barueri, SP: Manole, 2019.

Valente J. Covid-19: governo declara transmissão comunitária em todo o país. Agência Brasil, 2020. Disponível em: <https://agenciabrasil.ebc.com.br/saude/noticia/2020-03/covid-19-governo-declara-transmissaocomunitaria-em-todo-o-pais>.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. WHO model formulary 2008. Geneva: WHO, 2008.

Word Health Organization. Considerations for quarantine of individuals in the context of containment for coronavirus disease (COVID-19): Interim guidance [Internet]. Geneva; 2020 Disponível em: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/331299>.